CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 22

DE LA

RÉTENTION PROLONGÉE DU PLACENTA

THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 5 avril 1884

PAR

Jules LACORDELLE

Né à Viellenave-Navarrenx (Basses-Pyrénées)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠.....)
GRASSET..... ....) Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Opérations et appareils.	BOUISSON, O. ✻ ✠, D. hon.
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	TÉDENAT.

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. JAUMES, *président ;*
CHALOT, agrégé.
TÉDENAT, agrégé ;
DUMAS fils, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

J. LACORDELLE

A mon oncle Th. LACORDELLE

A MES PARENTS

A Monsieur le Docteur CLÉDOU

A Monsieur VIGNANCOURT

Député des Basses-Pyrénées

J. LACORDELLE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0108

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JAUMES

A Monsieur le Docteur CHALOT

Professeur-Agrégé

J. LACORDELLE

A mes Amis

les Docteurs VERGÉ-SARAH, VITRAC, A. GRACH, L. COT

A mon Ami le Lieutenant E. NÉRAUD

MEIS ET AMICIS

J. LACORDELLE

INTRODUCTION.

Un cas intéressant de rétention prolongée du placenta qui nous a été communiqué nous a donné l'idée de notre thèse.

«La femme qui avorte n'accouche que d'un placenta. L'expulsion de l'embryon n'est comptée pour rien; tant qu'elle n'est pas délivrée, elle n'est pas accouchée.» A. Dubois faisait par cette seule phrase ressortir les dangers que fait courir à la malade la rétention du placenta dans l'utérus après l'avortement. Or, les mêmes dangers se présentent, quand après l'accouchement l'expulsion du délivre ne suit pas celle du fœtus.

De tous les accidents de la délivrance, il n'en est pas de plus grave que celui que nous allons étudier. Dans un travail de ce genre où il fallait forcément nous limiter, nous n'avons pu, malgré l'attrait que cela aurait eu pour nous, étudier les cas normaux et anormaux de la délivrance.

Nous ne nous occuperons ici que de la rétention prolongée du placenta, non pas de cette rétention prolongée qui amène des accidents graves de résorption purulente, de septiémie, etc., mais bien de ce cas particulier où le placenta longtemps retenu après l'expulsion de l'embryon ou du fœtus, continue à vivre dans l'utérus d'une vie propre, en vrai parasite, et se comporte comme certaines tumeurs utérines (en particulier les polypes utérins sous-muqueux), donnant lieu aux mêmes symptômes, aux mêmes accidents, ou à des symptômes de métrorrhagie simple.

Nous n'avons pas la prétention d'éclairer la question, nous espérons tout au plus apporter un faible tribut à cette étude, laissant à d'autres le soin d'élucider les points obscurs.

Et notre but serait atteint, si nous avions réussi à con-

denser en peu de pages le résumé des théories émises, si en recueillant des faits nombreux, nous avions fait un travail synthétique assez complet, enfin, si nous étions parvenu à soumettre à nos Juges un exposé clair et précis de la question que nous traitons.

C'est pour nous à la fois un devoir et un plaisir de témoigner à M. le professeur-agrégé Chalot toute notre reconnaissance pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués, et les indications précieuses qu'il nous a fournies pour la recherche des documents sur lesquels notre thèse repose.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉTENTION PROLONGÉE DU PLACENTA

HISTORIQUE.

La rétention prolongée du placenta n'a pas encore été traitée d'une façon spéciale. C'est un accident rare de l'avortement, de l'accouchement prématuré et de l'accouchement à terme, et en raison même de sa rareté et de l'obscurité de ses causes, les auteurs classiques, tout en le signalant, ne l'ont guère étudié. La science ne possède en effet que des observations isolées (la plupart de date récente), mais pas une seule monographie.

Toutefois le fait était connu dès la plus haute antiquité, car déjà Hippocrate (1) parle d'une femme qui ne put être délivrée à la suite d'un premier accouchement et qui redevint enceinte au bout de peu de temps. L'accouchement et la délivrance se firent cette fois sans difficulté, et, à la suite

(1) Cité dans la thèse d'Albert, Paris, 1878.

d'un placenta frais et dépendant du fœtus actuel, il fut expulsé une masse fibreuse reconnue pour être les restes du placenta qui n'avait pu être extrait lors du premier accouchement.

Paul d'Œgine, Morgagni, Van-Swieten, etc., rapportent des cas semblables.

Mais ces auteurs se sont-ils réellement trouvés en présence de cas de rétention prolongée du placenta? il est permis d'en douter et, si leur bonne foi ne peut être mise en doute, l'insuffisance des moyens d'investigation et de diagnostic dont ils disposaient nous oblige à ne noter que sous toutes réserves les cas de rétention qu'ils ont signalés.

D'ailleurs un assez grand nombre de faits analogues ont été observés par des auteurs contemporains, dont le témoignage nous paraît d'autant plus probant qu'ils avaient à leur disposition des moyens d'étude plus perfectionnés et que quelques-uns d'entre eux ont pu soumettre leurs observations au contrôle de l'examen histologique.

Pour éviter les redites, nous avons cru devoir réunir dans un tableau et classer par ordre de durée les cas de rétention que nous avons relevés dans nos recherches bibliographiques.

Tableau historique présenté par durée de rétention

AUTEURS	DURÉE	RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Depaul et Verrier ..	21 jours	Après avortement de 2 mois 1/2.	*Manuel d'accouchements*, p. 404.
Cazeaux.....	24 —	Après fausse couche de 3 mois 1/2.	*Traité d'accouchements*, p. 913, 1866.
Mauriceau	30 —		*Traité d'accouchements.*
Ducassé.....	30 —	Aucune altération organique du placenta, mais commencement de dessiccation.	*Revue médicale de France et de l'étranger*, t. VII.
Bouquenod.....	30 —	Observation citée par Jacquemier.	

AUTEURS	DURÉE	RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Joulin	40 jours	Après avortement de 2 jumeaux de 4 mois.	*Traité d'accouchements.*
Mme Gallé	42 —	Observation prise dans le service de Paul Dubois.	
Sainclair	42 —	Après avortement de 5 mois.	*British medical journal*, 18 mai 1879.
Chalot	60 —	Après avortement de 2 mois 1/2.	*Gazette hebd. des sciences méd.*, Montpellier, février 1883.
Ambroise Paré	65 —	Ont retrouvé à l'autopsie des placentas qui avaient été retenus jusqu'à la mort sans produire d'accidents	Emprunté à la thèse d'Ebstein, Paris 1872.
Richard	65 —		
Osiander	65 —	Placenta expulsé dans un état parfait de conservation.	
Pirondi	65 —	Placenta retenu après un premier avortement: seconde gestation, second avortement Le fœtus actuel et ses annexes ainsi que le premier placenta furent alors expulsés.	*Gazette médicale de Paris*, 1834.
Velpeau	65 —		Cités par Cazeaux, *Traité d'accouchements*, 1866.
Désormeaux	65 —		
Deubel	65 —		
Mlle Laugel	65 —		
Advena de Lubischin	90 —	Placenta frais expulsé après fausse-couche survenue à 5 mois de gross.	*Gazette médicale*, août 1843.
Chantreuil	90 —	Après avortement de 3 mois. Pris pour un polype, jusqu'au moment de l'expulsion, l'examen histologique fait par Ranvier, démontra que c'était un placenta.	*Bulletin de la Société anatomique*, mars 1867, p. 177.
Jacob	90 —	Après avortement; placenta dur, nullement décomposé	*The Lancet*, 1881.
Reichman	91 —	Placenta volumineux, de consistance exceptionnelle, sans altération, sans mauvaise odeur.	*Gazette de chirurgie*, août 1843.
Prost	103 —	Observation citée par Hégar.	*Causes de rétention du placenta*, p. 88, Berlin 1860.

AUTEURS	DURÉE	RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Anderson	104 jou*		*Centralblatt, Für Gynékologie*, 1878, p. 488.
J. W. Anderson....	105 —	Après avortement de 4 mois.	*Glasgow medical journal*, août 1879.
Jago.....	123 —		*Médical Times*, 18 avril 1868.
Depaul...	120 —	Après avortement d'un mois.	*Bulletin de la Société anat.*, 1840, p. 338.
Lathrop.....	140 —	Après avortement de 2 mois.	*New-Yorck med. rec* 1879.
Martin	150 —	Observation citée par Zipper.	*Etudes des suites de couche dans l'avortement*, Berlin 1868.
Duguet,.....	150 —	Après avortement de 3 mois. Expulsion à l'aide du seigle ergoté, après 5 mois de séjour pendant lesquels on avait pu croire à un cancer utérin.	*Bulletin de la Société anat, de Paris*, t. XI, 1866.
Vandam	180 —		*Centralblatt Für Gynékologie*, 1878, p. 191.
Mme Lachapelle et Bouvin	plusieu* mois	Placentas expulsés avec ou sans douleur et hémorrhagie.	
Revue médicale, 1829	120 jou*	Fécondation opérée malgré la présence d'un placenta qui fut expulsé quatre mois après la sortie du dernier délivre.	
Pasta.....	3 ans	Les auteurs n'ont-ils pas pris un polype pour un placenta?	Cité dans la thèse de Rambaud, Paris 1883.
Schenck	17 —		

Dans l'exposé de notre historique, ainsi que dans le tableau que nous y avons annexé, nous avons constaté qu'Hippocrate d'abord, Pirondi, Désormeaux, Velpeau, Deubel, Mlle Laugel, etc., nous parlent d'un placenta provenant d'une première grossesse retenu et expulsé avec le produit d'une nouvelle conception.

Etait-ce réellement le placenta de la grossesse antérieure ? Dans ces phénomènes de superplacentation, Jacquemier nous fait observer qu'il n'est pas bien certain qu'on n'ait pas pris

pour le placenta d'une grossesse antérieure, l'œuf avorté d'une grossesse primitivement gémellaire? Nous nous en tiendrons au doute judicieux de Jacquemier. Car telle est en effet l'origine la plus ordinaire des môles charnues qui accompagnent et suivent quelquefois le délivre du fœtus à terme.

Enfin, et pour terminer cette partie déjà assez longue de notre travail, nous dirons, avec Hégar, que non seulement des placentas, mais l'œuf tout entier peuvent dans quelques cas exceptionnels être retenus et conservés dans l'utérus, pendant longtemps, même jusqu'à la mort. D'après lui, ils subiraient alors une métamorphose régressive et expliqueraient ces cas bizarres dans lesquels Kilian, Böhmer, Sandfort, Vallisniéri, Morgagni, Van-Swieten, Camerarius, Delbek, Niemann ont trouvé dans l'utérus de femmes de 75, 80 et 90 ans des corps étrangers contenant des débris fœtaux plus ou moins altérés et transformés.

Observation I.

Expulsion du placenta quatre mois après l'accouchement

Revue médicale 1829, p. 303, *The London med. and phys. journal.*

En janvier dernier, une femme fut délivrée d'un enfant mort à moitié putréfié. La sage-femme qui lui donnait des soins, n'ayant sans doute pas cru convenable d'agir avec toute la prudence nécessaire dans les cas de cette nature, tira sur le cordon avec une telle force, qu'elle le déchira. A l'instant même, le col de l'utérus se contracta, et de telle manière que rien ne put l'obliger à se dilater de nouveau et à faciliter, conséquemment, la sortie du placenta.

La femme passa quatre mois dans cet état, sans que sa santé en eût éprouvé la plus légère altération ; mais, vers les premiers jours du mois de mai, elle éprouva une légère hémorrhagie utérine et quelques douleurs, qui devinrent de plus en plus vives, et à la suite

desquelles l'utérus se débarrassa du placenta qui, pendant tout ce temps-là, n'avait causé aucun accident fâcheux.

Observation II.

Gazette médicale de Paris, t. v, 1833, p. 584.

Le 17 novembre 1833, M. Lindsly a été appelé auprès d'une femme en couches, âgée de seize ans et demi, qui était en travail depuis 12 heures ; la tête était descendue dans l'excavation, elle y est restée jusqu'au lendemain au soir, et enfin l'accouchement a eu lieu naturellement ; mais le placenta est resté dans la matrice ; les tractions exercées sur le cordon n'ont pu l'entraîner ; des frictions sur le ventre n'ont pas mieux réussi ; on a attendu jusqu'au lendemain ; on a fait d'autres tentatives sans plus de succès ; le cordon s'est brisé enfin entre les mains de l'accoucheur. La femme n'éprouvait pas de douleurs ; la matrice paraissait plutôt flasque. On administre l'ergot de seigle qu'on porte graduellement à une dose très forte ; une métrorrhagie abondante se déclare presque subitement, mais l'utérus ne se contracte point. On suspend ce médicament. M. Lindsly s'est alors décidé d'introduire à tout prix la main dans l'utérus pour arracher le placenta, mais il n'a pu en venir à bout qu'avec une peine extrême, le col de la matrice étant fortement contracté et l'accoucheur manquant d'ailleurs de la présence du cordon conducteur.

Néanmoins il est parvenu à extraire une petite portion du placenta, ce corps adhérait intimément à la surface utérine. La douleur a été vive et la femme n'a pu résister à la continuation de la manœuvre. On a prescrit des injections émollientes dans l'utérus. Le lendemain on a de nouveau essayé l'introduction de la main, mais les souffrances ont été beaucoup plus vives ; les parties étaient fort irritées et enflammées, on n'a par conséquent pu réussir à y pénétrer.

Le professeur Lewall est alors appelé en consultation ; il essaye à son tour d'introduire la main, mais il ne peut en venir à bout à cause de la douleur extrême que la femme témoigne. Son pouls est fréquent, petit et plutôt faible, elle accuse une douleur vive dans toute la région hypogastrique, et offre une tuméfaction générale à l'abdomen. (Fomentations chaudes, potions purgatives et diaphorétiques). Après un

orage alarmant de plusieurs jours, l'intensité des symptômes a diminué, et un mois après la malade était en état de se lever et de se promener dans sa chambre. Durant tout ce temps, aucune parcelle de placenta n'est sortie ; la convalescence a marché franchement, et enfin la malade a guéri sans qu'il ait plus été question du placenta. Le 10 mars, M. Lindsly a revu la femme, elle était bien portante et a assuré qu'aucune portion du placenta n'était sorti depuis.

Observation III.

Rétention d'une portion de placenta expulsée spontanément quatre mois après l'accouchement.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale 1845, p. 212

Une femme du service de M. Piorry à l'hôpital de la Pitié est accouchée le 20 octobre dernier. Depuis cette époque, elle a toujours éprouvé des douleurs utérines légèrement expultrices ; en même temps, elle était affectée d'une leucorrhée. Le 25 janvier, elle a rendu, sans douleur, un corps du volume de deux grosses noix, entouré de fausses membranes blanchâtres.

Les douleurs utérines n'ont plus reparu et la malade a parfaitement guéri de son écoulement qui a disparu avec la cause qui le déterminait.

L'inspection du corps expulsé a fait reconnaître que c'était une portion de placenta et peut-être même un placenta tout entier revenu sur lui-même après 4 mois de séjour dans la matrice.

Observation IV.

Communiquée par M le Professeur Pajot, empruntée à la thèse d'Ebstein (Paris 1872)

En 1845, parmi les élèves les plus assidus à mes cours, se trouvait une sage femme d'une trentaine d'années, femme vigoureuse, d'une constitution solide et n'ayant jamais été malade. Cette femme disparut tout-à-coup et pendant un mois je n'en entendis plus parler. Je fus prié d'aller voir une de mes élèves, me disait-on, dans un état très dangereux. En entrant chez la malade que j'avais vue tous

les jours, pendant six mois, je ne la reconnus pas. Il fallut qu'elle parlât et que je pusse l'examiner avec attention pour retrouver dans cette femme, d'une pâleur de cire, avec les muqueuses décolorées, la voix éteinte, le visage et surtout les paupières œdématiées, l'élève sage-femme qui, un mois auparavant, présentait une santé florissante.

Elle me raconta qu'elle avait fait une fausse-couche d'environ trois mois ; le fœtus conservé dans de l'alcool me fut montré, le placenta n'était point sorti et cependant les lochies *n'avaient jamais eu d'odeur ;* mais dès le quatrième jour, elle avait été prise d'une hémorrhagie très abondante, qu'on avait arrêtée très difficilement avec de la glace, puis trois jours après, d'une seconde hémorrhagie, et trois autres fois la perte du sang était revenue et l'avait réduite à l'état dans lequel je la trouvai.

Cette femme me signala une particularité très bizarre et qui me parut d'abord incroyable. Elle m'affirma qu'ayant le col très bas, presque à la vulve, *elle pouvait se toucher elle-même et qu'elle sentait à droite une portion du délivre.*

Elle avait à peine un suintement sanguin en ce moment ; je la touchai et je reconnus, non sans surprise, que tout ce qu'elle me disait était la vérité.

Le col était presque à la vulve, l'orifice laissait passer le doigt assez facilement, je trouvai à droite le placenta adhérent et seulement décollé dans une étendue de deux centimètres au voisinage de l'orifice. Aussi loin que mon doigt pouvait pénétrer, je trouvai une petite masse, faisant relief, dont il était impossible de dépasser la limite supérieure. Le placenta évidemment continuait à végéter depuis 29 jours. La malade me paraissant perdue, si les pertes se renouvelaient, je crus devoir décoller avec le doigt tout ce que je pouvais atteindre du délivre. Je fis administrer 15 centigrammes d'ergot de 4 heures en 4 heures. J'avais certainement laissé une portion du placenta ; cependant les lochies devinrent odorantes. Je prescrivis des injections à la température du corps ; elles entraînèrent peu à peu les débris du délivre ; les pertes ne revinrent plus, la malade guérit, mais elle mit plus d'un an à se rétablir complètement. Je l'ai revue par la suite avec la santé et l'embonpoint qu'elle avait avant l'accident.

Observation V.

Communiquée par M. le professeur Pajot, empruntée à la thèse d'Ebstein (Paris 1872).

Un de mes anciens élèves, exerçant aujourd'hui la médecine à Paris avec beaucoup de distinction, me fit demander auprès de Mme de P.., qui venait de faire une fausse-couche de trois mois.

Cette dame avait consulté déjà plusieurs accoucheurs connus à à Paris. C'était en 1864. Il y avait une huitaine de jours que la fausse-couche était faite mais le délivre était resté dans l'utérus. Cependant les lochies très peu abondantes *n'avaient aucune odeur*. Seulement la malade avait le pouls à 104 et les parties *latérales de la matrice étaient un peu douloureuses à la pression*.

On lui avait conseillé de se lever, je la fis remettre au lit, avec défense de mettre les pieds à terre même pour satisfaire ses besoins et, par le toucher, je constatai dans l'excavation un utérus développé comme à 4 mois, à peu près, un col ouvert et laissant pénétrer le doigt, mais il me fut impossible, aussi loin que je portasse l'indicateur, de rencontrer quoi que ce fut du délivre.

Je prescrivis des cataplasmes tièdes, quelques bouillons, un lavement chaque jour et le repos absolu. Les douleurs disparurent, la sensibilité du ventre devint nulle au bout de quelques jours, le pouls tomba à l'état normal, mais toujours aucune trace du placenta et pas de contractions.

Le médecin avait, dès la fausse-couche, veillé avec trop de soin pour qu'on pût supposer que l'arrière-faix était sorti sans qu'il le sut. Il avait recommandé à une femme de chambre très intelligente de conserver toutes les excrétions pour lui être montrées. Le placenta *était* donc dans la matrice et cependant *les lochies n'avaient aucune odeur*.

Vers la troisième semaine, quand tout paraissait aller pour le mieux, je fus appelé en toute hâte. Mme de P., disait-on, perdait tout son sang. Elle en avait perdu, en effet, le contenu d'une cuvette ordinaire avant qu'on ait pu arrêter l'hémorrhagie.

Mme de P.... était une jeune femme d'une constitution moyenne, mais d'un caractère très énergique. Jamais elle ne se découragea. Pâle,

exsangue, tombant en syncope à chaque instant, elle reconfortait encore son mari et ses parents.

A dater de ce moment, les doutes que j'avais eus, malgré moi et malgré la confiance inspirée par le médecin et l'entourage de la malade, mes doutes, dis-je, sur la réalité de la présence du délivre dans la matrice cessèrent. Je fis préparer un tampon, j'appris à la femme de chambre à l'appliquer rapidement et bien, puis je lui recommandai de s'en servir à l'instant si l'hémorrhagie recommençait en m'envoyant chercher aussitôt.

La malade fut mise à la viande rôtie, au vin de Bordeaux, au fer, et je continuai à lui faire observer le repos horizontal le plus absolu.

Trois fois l'hémorrhagie reparut ; trois fois elle fut arrêtée sur le champ et *au bout de quatre mois et demi*, à la suite d'une nouvelle menace de perte immédiatement réprimée, la malade expulsa un corps solide de la grandeur d'une pièce de cent sous qui, examinée avec soin, présenta la structure du délivre, sans qu'il put rester aucun doute. Les pertes ne reparurent plus, les règles revinrent, la santé se consolida rapidement et un an après j'eus l'occasion de montrer Mme de P... à mes illustres et regrettés collègues, Trousseau et Grisolle.

Observation VI.

Observation empruntée à la thèse d'Albert (Paris 1878).

En 1874, le Dr Laforgue fut consulté pour une perte de sang qui avait résisté aux divers moyens mis en usage chez une jeune femme accouchée depuis 36 jours.

Au moment de l'accouchement, la délivrance avait été très-laborieuse et la sage-femme était parvenue, après de fortes tractions, à extraire le cordon ombilical avec la partie du placenta qui correspondait à son insertion.

Le reste du délivre demeura adhérent à la matrice.

L'exploration vaginale fit reconnaître au Dr Laforgue, au moment de sa visite, la présence de la plus grande partie du placenta dont une portion était engagée dans le col entr'ouvert et ramolli. L'extraction de ce corps fut faite aussitôt sans de trop grandes difficultés ; les

jours suivants les pertes allèrent en diminuant et entraînèrent encore quelques débris placentaires.

La masse principale du délivre avait conservé une certaine fraîcheur et n'était altérée que dans quelques-unes de ses parties. Le rétablissement de la malade suivit de près l'expulsion du délivre et la cessation des hémorrhagies. La portion adhérente à la matrice était restée *trente-six* jours dans cet organe sans produire d'autres accidents que des pertes de sang modérées mais continues.

Observation VII.

Rétention du placenta dans la matrice après un avortement au sixième mois. — Expulsion du placenta au bout de 21 jours dans un état parfait de conservation.

(Observation recueillie par M. Labbé, interne du service)
Archives de toxicologie 1876.

Femme Meunier, 27 ans, entrée à la Maternité le 6 septembre 1877. Bonne constitution. — Réglée à 14 ans. Mariée à 15 ans ; elle a eu à 17 ans un enfant qui est venu à terme et qui se porte bien.

Devenue de nouveau enceinte, elle a eu sa dernière époque le 7 mars 1877. Pas d'accidents jusqu'au 6 septembre. Ce jour-là, à la suite d'une violente émotion, elle est prise de contractions utérines qui la décident à entrer à la Maternité. On constate à son arrivée une bonne conformation du bassin. Dans le but d'enrayer le travail, on administre un lavement laudanisé, lequel n'empêche pas la rupture des membranes.

Les choses restent dans cet état jusqu'au soir du 17 septembre. A ce moment, la malade ressentant une pesanteur du côté du périnée, se met sur le vase et expulse un fœtus vivant de six mois, du poids de 510 grammes, et qui respira pendant 10 minutes.

La femme est ensuite transportée à la salle d'accouchements pour y être délivrée ; mais, après l'expulsion du fœtus, toute contraction utérine ayant cessé, on conserve la malade dans la salle, en attendant toujours que les douleurs reparaissent. Comme rien ne semble annoncer une délivrance prochaine, et comme il n'y a aucun écoulement sanguin, la femme Meunier est transportée à la salle Ste-Elisabeth (salle des valides).

Sept jours après quelques caillots sont évacués avec un peu de sang liquide. Le lendemain, cependant, l'écoulement cesse. Le col est fermé et reformé. Rien ne semble vouloir s'engager.

C'est alors que Mme Callé, sage-femme en chef, fait passer la malade en médecine, salle Ste-Marthe, service de M. Hervieux. L'état général est satisfaisant.

Il n'y a ni fièvre, ni lochies. Il importe de noter qu'aucun écoulement lochial n'avait eu lieu antérieurement.

La face est pâle, les muqueuses décolorées ; mais la malade prend soin de nous dire qu'il en était ainsi avant l'avortement.

Cet état se maintient jusqu'au 4 octobre, sans autre accident que l'apparition par intervalles de quelques taches de sang. Ce jour-là, vers six heures du soir, survient une hémorrhagie utérine très-abondante. On donne un gramme de seigle ergoté, sans que l'écoulement sanguin s'arrête. L'interne du service, M. Labbé, pratique alors le tamponnement. L'hémorrhagie cesse; mais vers deux heures du matin, une syncope a lieu. M. Labbé constate qu'il s'est produit une hémorrhagie à l'intérieur de la cavité utérine. La matrice est remplie de caillots. Elle s'est distendue à tel point que son fond, qui les jours précédents ne dépassait pas le pubis, s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic. Le tampon a été enlevé; une nouvelle dose de seigle ergoté (1 gramme) administrée; dès lors l'utérus se rétracte, expulse un grand nombre de caillots, et au bout de quelques minutes ne dépasse plus le pubis que de trois travers de doigt. L'hémorrhagie s'arrête complètement, et la malade dort d'un sommeil très calme le reste de la nuit.

Le lendemain et les jours suivants, pas de nouvelles pertes. On constate seulement un léger suintement d'un liquide roussâtre, d'une odeur désagréable, mais sans fétidité extrême. Quelques injections avec la camomille chlorurée font disparaître aisément cette odeur.

Le lundi 8 octobre, c'est-à-dire 21 jours après l'expulsion du fœtus, quelques coliques utérines se manifestent et sont suivies, à deux heures du matin, de l'expulsion d'un placenta dans un état de conservation presque parfait. Ce placenta mesure de 9 à 10 centimètres dans son plus grand diamètre, 6 à 7 dans le petit. Il est résistant, ne se laisse pas facilement déchirer, n'exhale pas une odeur repoussante. A sa circonférence, dans une étendue de quelques centimètres, il est inégal, comme déchiqueté et a subi un certain degré de ramollissement.

Aussitôt après la sortie du placenta, l'utérus se rétracte, disparaît derrière le pubis et ne peut plus être senti par le palper.

Depuis ce moment la malade n'a plus éprouvé aucun accident. Elle est aujourd'hui, 13 octobre, en voie de rétablissement; sortie le 22.

Observation VIII.

(*Bulletin de la Société des sciences anatomiques* 1867, p 177).

M. Chantreuil a publié un cas très intéressant de rétention du placenta simulant un polype utérin après un avortement. L'observation étant trop longue, nous nous contenterons d'en donner le résumé.

Louise D., 28 ans, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Gallard. Aucun antécédent de famille au point de vue du cancer ou des autres maladies diathésiques. Premier accouchement à 23 ans, enfant vivant; suite de couches naturelle.

A 26 ans, deuxième accouchement à terme. Vers la fin de novembre 1866, étant enceinte de trois mois, elle tomba en montant un escalier avec une charge de linge : douleurs lombaires et hypogastriques, pas d'écoulement sanguin. Huit jours après, au moment où elle urinait, elle sentit une vive douleur à la partie antérieure de l'abdomen, perdit un peu de sang et expulsa un fœtus. Le placenta resta dans l'utérus. Les jours qui suivirent l'avortement, il y eut des écoulements de sang, la malade expulsa des caillots volumineux au milieu desquels on ne put reconnaître la trace du placenta. Le 18 février, M. Gallard, en touchant la malade, sent la tumeur engagée à travers l'orifice du col, et, avec le doigt, il en détache une partie qu'il enlève. Ce fragment détaché, altéré, putréfié, se compose d'une coque dans laquelle on distingue une partie antérieure comme chagrinée et une partie interne lisse.

Le 20 février, la malade rend sans effort le reste de la tumeur. L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Ranvier, y révéla la présence de villosités choriales.

Les symptômes que présentait la malade du côté des organes génitaux internes, symptômes que l'on constatait à l'aide du toucher vaginal et du spéculum, avaient fait croire à l'existence d'un polype utérin. L'anatomie pathologique vint éclairer le diagnostic et montrer

qu'on se trouvait en présence d'un placenta resté anormalement dans l'utérus après l'avortement.

Observation IX.

(Résumé.)

Métrorrhagie due à la rétention d'un arrière-faix, à la suite d'un avortement au troisième mois. — Expulsion à l'aide du seigle ergoté, après cinq mois de séjour, pendant lesquels ont avait pu croire à un cancer utérin. — Guérison.

Par M. Duguet, interne des hôpitaux. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, (1866, p. 299).

V. G..., âgée de 22 ans, souffre depuis 5 mois de pertes que deux médecins des environs croient devoir rapporter à un cancer de l'utérus. Cette femme qui a joui autrefois d'une santé excellente, se trouve aujourd'hui dans un état d'anémie profonde. Dans sa famille, on ne connaît pas les maladies héréditaires et en particulier le cancer. Mariée depuis 5 ans, elle a eu un enfant bien portant et une fausse couche plus tard. Il y a 7 mois, au milieu de la plus florissante santé, les règles ne parurent pas et deux mois après, sans raison apparente, elles se montrèrent, mais plus abondantes que de coutume, avec des caillots qui ne furent pas soigneusement examinés: la malade eut cette fois des coliques violentes. Celles-ci se calmèrent peu à peu, mais l'écoulement sanguin ne s'arrêta pas.

Deux médecins appelés à cette époque, en consultation, conclurent à un cancer utérin. Ils pratiquèrent des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, qui ne causèrent que des douleurs atroces à la malade sans amener une amélioration dans son état.

L'examen approfondi du vagin et de l'utérus amenèrent M. Duguet à opter entre trois choses: un cancer, un polype, ou une délivrance retenue dans la cavité. L'idée du cancer est rejetée pour plusieurs motifs: l'âge de la malade, l'absence d'antécédents héréditaires, la soudaineté du début, l'absence de douleurs spontanées à l'utérus, la nature de l'écoulement, enfin, le siège insolite de la lésion.

L'idée d'un polype fut aussi éloignée pour des raisons fondées sur: la rareté de ces productions à un âge aussi peu avancé, la régularité du développement de l'utérus, le peu d'ouverture du col. Un placenta retenu répondait bien mieux à l'existence d'une fausse couche indubitable à laquelle avaient succédé les accidents.

Prescriptions: 1° Potion avec 20 gouttes de perchlorure de fer ;

2° 30 centigrammes d'extrait aqueux de seigle ergoté en 6 pilules, de 2 heures en 2 heures.

3° Injections vaginales à la ratanhia ;

4° Bon vin, bonne nourriture.

Le lendemain même prescription ; et le soir même, au milieu de quelques coliques et d'une légère perte de sang pur, la malade rendait une petite masse charnue ; le surlendemain toute hémorrhagie avait cessé.

Peu de temps après la malade était redevenue fraîche, rose et voyait ses règles comme autrefois.

Examen de l'arrière-faix. — Le corps rendu a la forme d'une petite poire ; il est d'un rouge assez marqué, comme la chair musculaire, un peu aplati d'avant en arrière, et mesure en hauteur un peu plus de quatre centimètres ; dans sa plus grande largeur, deux et demi, et dans sa plus grande épaisseur un et demi. L'une de ses faces est lisse, comme muqueuse ; l'autre est plus chagrinée, plus saignante et comme un peu anfractueuse.

A la pression, cette masse est dure, coriace, résistante, ne se laisse point écraser ; à peine en suinte-t-il quelques gouttes de sang. Sa coupe est ferme, et elle présente un aspect marbré de rose et de rouge. Il est, d'ailleurs, impossible d'y reconnaître aucune trace de cavité.

Notons qu'un séjour de six semaines dans une solution d'acide chromique n'a point réduit ses dimensions, ni augmenté sa consistance d'une manière sensible, contrairement à ce que nous voyons d'ordinaire pour tous les tissus mous.

Au microscope, on retrouve une gangue lamineuse, dans laquelle se trouvent tassées et comme enfoncées un certain nombre de villosités, parfaitement reconnaissables dans les préparations. On y voit, de plus, des coupes de vaisseaux assez nombreuses, des amas de pigment sanguin et beaucoup de globules blancs.

Observation X.

Avortement à deux mois et demi.— Rétention du placenta pendant deux mois.— Hémorrhagies abondantes et presque continuelles jusqu'au moment de la délivrance spontanée.

Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Chalot, et publiée dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* 1883, N° 7.

Le 24 avril 1882, vers les cinq heures et demie de l'après-midi, la femme Elisabeth R..., âgée de 45 ans, journalière, mariée, me fit appeler pour une perte de sang considérable et pour des douleurs vives qu'elle éprouvait dans les reins et dans le bas-ventre. Je ne pus aller de suite chez elle. Quand j'arrivais, il était six heures ; elle me montra dans un vase une masse charnue qu'elle avait expulsée par les parties génitales, à 2 h. de l'après-midi, en souffrant beaucoup et en perdant beaucoup de sang. Cette masse, du volume d'un gros œuf de dinde, représentait le tissu propre du placenta, parfaitement reconnaissable à ses cotylédons, bien que ceux-ci et tout le reste de la substance placentaire offrissent un degré avancé de sclérose ou de néoplasie conjonctive interstitielle. Le placenta avait une odeur fraîche, absolument semblable à celle du placenta qui accompagne de près l'expulsion d'un avorton ou d'un fœtus à terme. Il était replié sur sa face fœtale comme une oublie et affectait la forme ovoïde, forme analogue à celle de certains polypes fibreux énucléés et moulés dans la cavité utérine. Sa face externe (ancienne face d'insertion utérine) était tomenteuse, rose pâle, et présentait çà et là, sur les cotylédons, entre les cotylédons, de petits points ecchymotiques, noirs, lenticulaires ou linéaires. Du côté de la face fœtale, qui était repliée sur elle-même et devenue en quelque sorte centrale, on ne voyait plus de traces de membrane ni de cordon ombilical ; elle était d'un rouge foncé et comme érodée dans toute son étendue. En délayant dans l'eau les caillots qui avaient précédé et suivi l'issue de la masse placentaire, je m'assurai qu'il n'existait aucun débris de fœtus. Cette constatation et celle de l'état anatomique du placenta écartaient immédiatement l'idée d'une fausse-couche actuelle. Ajoutons qu'à la coupe, à la pression et au moyen de tractions en divers sens, la masse offrait une texture fibreuse

définie, comme celle d'un placenta sclérosé et revenu sur lui-même par rétraction atrophique, et qu'il ne s'agissait nullement ni d'une môle sanguine ou charnue, ni d'une dégénérescence kystique ou myxomateuse de l'embryon.

Deux mois auparavant, le 19 février 1882, j'avais été mandé par la patiente, qui avait une forte perte de sang. Les règles étaient suspendues depuis deux mois et demi, et, bien que la femme n'éprouvât ou ne montrât pas les autres symptômes ordinaires de la grossesse, j'avoue que ma première idée fut que j'avais affaire à une fausse couche. Je cherchai immédiatement la confirmation de cette idée, mais ce fut en vain. Ni l'examen des pertes ni l'exploration directe de l'utérus ne me permirent d'admettre comme un fait certain que j'assistais à un début de fausse couche. Je m'arrêtai, pour le moment, au diagnostic de métrorrhagie simple, due, soit aux fatigues, soit plutôt à l'âge critique de la patiente. En conséquence, je me contentai de prescrire le repos, la bonne nourriture, le vin de quinquina, le perchlorure de fer, etc.

L'hémorrhagie s'arrêta pendant deux jours, puis apparut de nouveau et persista pendant trois semaines avec une abondance variable, sans caillots et sans douleur. Du 15 au 25 mars, la malade ne perdit pas de sang. Mais le 26 mars, survint une nouvelle hémorrhagie très forte, qui dura deux heures, au dire de la malade. J'étais alors absent de Montpellier; ce fut un confrère qui donna des soins à la malade et prescrivit notamment de l'ergot de seigle. Cette fois encore la perte de sang se prolongea pendant une quinzaine de jours, mais faible et sans douleur. Enfin, après une cessation de trois ou quatre jours, le 18 avril, nouvelle perte très forte avec des coliques qui se faisaient sentir dans le bas-ventre et que la malade compare aux douleurs du *mal d'enfant*. L'hémorrhagie s'affaiblit de nouveau, mais persista jusqu'au 24 avril, pour devenir plus forte que jamais vers les neuf heures du matin, et s'accompagner de coliques très vives, avec envie fréquente d'uriner. La malade se levait à chaque instant pour aller sur le vase, et chaque fois elle n'évacuait que quelques gouttes d'urine. Ce ne fut qu'après cinq heures de souffrances, à 2 h. de l'après-midi, qu'elle expulsa la masse charnue dont j'ai fait précédemment la description, et qui n'est autre qu'un placenta. Quand j'arrivai vers les cinq heures auprès de la malade, le ténesme vésical n'existait plus, les coliques s'espaçaient de plus en plus et étaient supportables; enfin, la perte de sang était très faible, insignifiante.

Le facies était jaune pâle, amaigri; les muqueuses labiale, conjonctivale, gingivale, étaient tout à fait décolorées ; yeux ternes ; en un mot, on voyait tous les signes d'une anémie considérable. P. 84; apyrexie. Soif supportable. Inappétence. Faiblesse très grande.— Tempérament lymphatique nerveux.

A l'examen direct, je ne constatai aucune modification du sein ; point de ligne brune abdominale. Le ventre était très souple et indolore, l'utérus si bien rétracté derrière la symphyse pubienne, qu'on avait quelque peine à le retrouver par le palper abdominal. Au toucher vaginal, le col était mou, peu saillant, encore entr'ouvert, son orifice externe figurant un croissant à concavité antérieure. L'utérus était globuleux, relativement peu considérable et peu lourd, ainsi qu'on le constatait par le toucher vaginal et le palper vagino-abdominal. L'emploi de l'hystéromètre fut jugé superflu. L'utérus s'était par conséquent bien contracté, et l'hémorrhagie ne pouvait qu'être très réduite. Pas de douleurs dans les culs-de-sac vaginaux.

Antécédents. — La malade avait été réglée à 16 ans. Règles tous les mois, en dehors de la grossesse ; pendant deux jours chaque fois avec coliques abdominales pendant, avant et après le flux sanguin.

Mariée en premières noces à l'âge de 24 ans, elle eut : 1° une fille qui est aujourd'hui mariée et mère; 2° un garçon qui mourut de la petite vérole à l'âge de 19 mois; 3° une fausse couche à 2 mois et demi; 4° un garçon qui vit encore ; 5° un autre garçon qui vit encore également ; 6° une fausse couche à 2 mois et demi environ.

Mariée en secondes noces à l'âge de 38 ans, elle a eu : 1° un garçon qui est mort d'athrepsie à 11 mois ; 2° une fille qui a 27 mois aujourd'hui. La malade a nourri tous ses enfants. Elle n'a jamais eu de malaise pendant ses grossesses, et déclare qu'elle ne se connaissait enceinte que quand elle *sentait remuer*. Pas de maladie antérieure. Père et mère morts très vieux. Un frère bien portant.

Pour combattre l'anémie de la malade, je prescrivis du vin vieux, du vin de quinquina, du sirop d'iodure de fer et du perchlorure de fer, avec bouillon, jus de viande, etc. Ce traitement fut continué pendant deux mois, et, au bout de ce temps, la santé était redevenue parfaite. Les règles reparurent trois semaines après la fausse couche et durèrent un jour seulement, sans douleurs. Aujourd'hui, la femme R. travaille avec entrain et n'éprouve pas le moindre malaise du côté des organes génitaux internes.

ÉTIOLOGIE. — FRÉQUENCE.

L'excès de volume du placenta, son insertion vicieuse, le défaut de contractilité de la matrice, son impuissance musculaire, etc., font comprendre la rétention ordinaire de cet organe : les adhérences anormales seulement peuvent être invoquées comme cause de rétention prolongée.

Un grand nombre de théories ont été émises pour les expliquer. Nous citerons les principales et nous marquerons nos préférences pour celles qui nous paraîtront les meilleures.

Pour Guéniot (1), les adhérences anormales seraient dues non à un travail pathologique spécial, mais à l'absence d'un phénomène naturel ou d'un travail physiologique. Il fait remarquer qu'il se produit normalement un travail préparatoire à la séparation du placenta d'avec la matrice.

D'après les données actuelles ds la science, ce travail commençait dès le cinquième mois pour ne finir qu'à la fin de la grossesse. La persistance des connexions solides entre le placenta et l'utérus après l'accouchement à terme serait due à ce que ce travail préparateur aurait manqué ou ne se serait fait que d'une manière imparfaite, incomplète.

Cette hypothèse ingénieuse ne fait que reculer la question sans la résoudre.

L'inflammation a été rangée par un grand nombre d'auteurs comme cause d'adhérence utéro-placentaire. Cette théorie soutenue par Breschet, Dance, Simpson, d'Outrepont,

(1) Guéniot, *Leçons sur les adhérences anormales* (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1874).

Brachet, Cruveilhier, consiste dans l'inflammation du placenta et de la matrice.

Ces auteurs citent des cas où l'on a constaté, pendant la grossesse, du pus et des abcès, signes manifestes d'inflammation. A la suite d'un traumatisme quelconque (coup, chute, etc.), il se produirait un travail inflammatoire, d'où exsudation et organisation de lymphe plastique inter-utéro-placentaire, et par suite des adhérences. La métrite et la placentite seraient comparables aux pleurésies et aux péritonites avec production de fausses membranes et d'adhérences cicatricielles.

Si la placentite fœtale, malgré les observations de quelques auteurs autorisés, tels que Brachet, Stradffort, Dance, Cruveilhier, Dubois, Désormeaux, Ramsbotham, Montreuil n'est pas démontrée, la placentite maternelle ou inflammation de la muqueuse inter-utéro-placentaire a pu être constatée; celle-ci ne serait que la propagation de la métrite à cette partie de la muqueuse utérine.

La placentite maternelle est la placentite avec effusion de lymphe plastique de Simpson; c'est, sous une forme nouvelle, la théorie des adhérences organisées de Breschet. Cette inflammation ne serait pas intense, rapide, destructive, mais chronique, lente et organisatrice.

D'après Braunn, la forme d'inflammation est une endométrite chronique, diffuse. Il la caractérise du nom heureux d'adhésive. Ces endométrites s'accompagneraient d'épanchements apoplectiques et surviendraient dans les phlegmasies aiguës (typhus, choléra, variole) ou dans les cas de lésions utérines, comme la rétroversion et la rétroflexion. Il n'indique pas la part que prendraient les caillots dans la formation des adhérences.

Pour Stoltz, ces caillots apoplectiques s'organiseraient et deviendraient fibrineux. Il cite, à l'appui de son opinion, le

cas d'une femme qui, au quatrième mois de la grossesse, avait eu une hémorrhagie du placenta; des adhérences s'étaient produites au niveau du foyer sanguin qui fut retrouvé après la délivrance.

Mayer et Charpentier admettent l'inflammation comme cause de rétention prolongée, mais ils y ajoutent la sclérose ou transformation fibreuse des cotylédons.

Cette théorie appartient à Robin (1) qui a fait des travaux remarquables sur ce sujet. En voici l'exposé sommaire:

Chaque villosité est composée comme le chorion d'une substance choriale, propre, amorphe, résistante, grisâtre, ayant par places l'aspect fibroïde. Dans son sein, on peut voir une foule de granulations, cachant parfois, tant elles sont nombreuses, des noyaux cellulaires de 8 à 10 millièmes de millimètre; au centre de chaque villosité existe un canal occupé par les vaisseaux (veine et artère) accolés et fluxueux.

Ces villosités ne s'accroissent plus, les vaisseaux mêmes qu'elles contiennent disparaissent et sont remplacés par du tissu fibreux qui remplit leur canal. Le tissu est composé de fibres peu onduleuses, parallèles, longitudinales, fortement adhérentes entre elles. Ces fibres sont elles-mêmes entourées d'une substance amorphe, granuleuse, unissant des cellules allongées qui quelquefois subissent la dégénérescence graisseuse, et donnent à la coupe du cotylédon un aspect jaunâtre.

Cette transformation fibreuse, physiologique des villosités choriales se poursuit parfois anormalement sur le gateau placentaire, attaque quelques cotylédons isolés, ou, plus rarement, le placenta tout entier. Quelquefois le pourtour du placenta (un cercle de cotylédons concentriques au hyle) se trouve pris de sclérose.

(1) Robin, *Archives générales de médecine* 1848, *Gazette médicale*, 1854.

Ce n'est pas l'effet d'une inflammation nécessaire ; la sclérose est primitive.

A sa suite, on peut voir des épanchements sanguins, des caillots apoplectiques.

Tel est le résumé succinct des principales opinions émises sur les adhérences.

Voyons mainten ant les objections qui leur ont été opposées.

Pour la théorie des caillots apoplectiques de Stoltz, Guenot dit qu'au lieu d'être une cause d'adhérence, les caillots seraient plutôt une cause de désunion.

En effet, ils ont la même structure dans le placenta que partout ailleurs.

La fibrine se coagule et se présente alors sous la forme de stries emprisonnant les globules du sang (hématies et leucocytes). Elle n'offre pas les enchevêtrements de fibres du tissu lamineux, ni sa résistance. A cause de la mort rapide de ces globules, de leur désorganisation, de leur fonte, le caillot est plus mou, moins résistant, se déchire facilement, et n'est pas un élément d'adhérence solide.

Un tissu ne se forme pas sans la présence d'éléments histologiques qui sont absents dans le caillot, puisque les seuls qu'on peut y trouver, les globules, sont morts et ont disparu.

D'ailleurs, les épanchements sont plus fréquents que les adhérences ; ils ne sont donc qu'une simple coïncidence.

Robin dit à ce sujet: « Le caractère de leur coïncidence ne »doit pas faire exagérer leur rôle dans les adhérences. Lors»que la fibrine se rencontre dans le placenta à un degré de »modification assez avancé pour offrir une décoloration, ou »simplement une teinte gris jaunâtre des cotylédons oblitérés »par la sclérose avec gouttelettes graisseuses, c'est à la face »profonde du placenta contre le chorion lui-même qu'on les

»rencontre; mais le sang épanché à la surface utérine des »cotylédons, dans leur épaisseur, arrive à une époque assez »avancée de la grossesse, ou détermine l'avortement, avant »que la décoloration soit faite. Il est possible que l'oblitération »des cotylédons modifie la circulation du placenta tout entier, »ou de quelques cotylédons, et détermine des hémorrhagies »secondaires.»

A propos de la théorie de l'inflammation, qu'il n'admet pas, Robin (1) déclare toutefois qu'elle n'est pas plus impossible que la pneumonie, mais qu'elle n'est pas démontrée.

On peut, comme pour les épanchements sanguins, ajouter que les inflammations sont incomparablement plus fréquentes que les adhérences.

D'ailleurs, voici un fait qui tendrait à faire rejeter cette théorie. C'est Guéniot (2) qui le rapporte d'après Dubois:

«La patiente avait été traitée pendant la grossesse par »Dubois et Rayer qui l'un et l'autre avaient diagnostiqué une »métrite locale. On pouvait penser que cette inflammation »utérine était la cause de l'adhérence placentaire. Le rapport »entre la maladie de la grossesse et la complication de la »délivrance semblait être incontestable. Cependant avec la »main introduite dans l'utérus pour en extraire le délivre, »P. Dubois put constater que l'adhérence siégeait préci- »sément du côté opposé à celui qui avait été le siège de l'in- »flammation.»

Ce fait rapporté par un praticien tel que Dubois, semblerait devoir faire écarter l'inflammation comme cause d'adhérence. Et pourtant comment expliquer alors ces cas rapportés par Morgagni, Rœderer, Guéniot, Ramsbotham, etc., où la fusion entre le tissu placentaire et le tissu utérin était telle que même sur le cadavre il était impossible de les

(1) Robin, *Programme du cours d'histologie*,
(2) Guéniot, *loc. cit.*

séparer. Guéniot, bien que combattant la théorie de l'inflammation, fait toutefois une exception pour les cas dont je viens de parler.

Aussi quoique nos préférences soient pour la théorie de la sclérose, nous pensons, comme Hegar, Mayer et Charpentier, que l'inflammation et la sclérose, rationnelles toutes les deux, peuvent être invoquées comme causes de rétention prolongée du placenta, l'une n'excluant pas l'autre.

Il nous reste à faire cette remarque, c'est que les cas de rétention prolongée du placenta sont plus nombreux après l'avortement qu'après l'accouchement.

Notre tableau historique et les observations que nous avons recueillies peuvent nous tenir lieu de statistique et démontrer le fait que nous inscrivons. Par ailleurs, Bouchacourt (1) fait observer qu'à l'époque où a lieu l'avortement, l'utérus n'a pas encore subi les modifications que lui imprimera la grossesse, parvenue à son terme.

La consistance du tissu inter-utéro-placentaire est très grande, puisque le travail de désunion du placenta d'avec l'utérus ne commence qu'au cinquième mois.

Le système musculaire de la matrice ne se développe complètement qu'au sixième mois, d'après Kölliker, et quelquefois alors est impuissant à rompre des adhérences même normales. Et si on remarque que l'avortement est souvent produit par des traumatismes, par des maladies de la caduque, par des métrites, des endométrites, etc., on comprendra que le travail inflammatoire que ces affections provoquent, puisse former des adhérences anormales. Rarement alors

(1) *Dictionnaire de Déchambre*, art. *Délivrance*.

la grossesse arrive à son terme, l'embryon est expulsé, le placenta reste.

Remarquons en outre que cette rétention placentaire anormale ne peut avoir lieu dans l'avortement aux premières semaines de la grossesse, les adhérences de l'ovule et de ses annexes étant à ce moment trop faibles: dans ce cas l'œuf est expulsé en bloc. Ces adhérences deviennent plus solides du deuxième au cinquième mois, et c'est à cette époque de la grossesse qu'on constate le plus grand nombre de cas de rétention prolongée.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Nous nous proposons dans ce chapitre : 1° de décrire les symptômes qui accompagnent la rétention prolongée du placenta ; 2° d'énumérer les diverses affections de l'utérus, auxquelles ces symptômes sont communs pour la plupart ; 3° d'indiquer enfin les signes distinctifs et les moyens d'investigation qui permettent d'établir le diagnostic différentiel.

Les symptômes sont de deux ordres : fonctionnels et physiques.

Nous les énumérerons par ordre d'importance. En première ligne vient l'hémorrhagie : c'est le symptôme le plus important, non seulement en raison de sa fréquence (il est presque constant) mais aussi parce qu'il est de tous les accidents le plus inquiétant, celui qui doit déterminer l'intervention du chirurgien.

Les hémorrhagies ont un caractère variable suivant les sujets : elles sont toujours plus abondantes aux époques cataméniales ; dans l'intervalle des menstrues, elles apparaissent tantôt par intermittences (observation de M. Chalot), tantôt d'une façon continue (observation de M. Lafforgue). Elles peuvent être rouges, roussâtres, sanguinolentes (observation de M. Duguet) ; sans odeur, simplement nauséeuses et fades, mais non fétides ; le sang peut être fluide ou coagulé. Dans ce dernier cas, la malade éprouve des douleurs expultrices provoquées par le caillot, et que l'on peut confondre avec les douleurs causées par la tumeur. Comme conséquence, on constate une anémie profonde, de l'amaigrissement, de la lassitude, des éblouissements, des tintements d'oreille,

du vertige. « Après les grandes hémorrhagies utérines, la malade a la pâleur d'une morte et un état d'excitation voisin du délire (1).»

Cazeaux (2) attribue ces métrorrhagies au décollement de quelques cotylédons sous l'influence du retrait continu de la matrice. Ce n'est pas admis aujourd'hui.

Avec plus de raison, Depaul (3) l'explique par l'irritation que produit snr la muqueuse utérine le contact permanent du placenta ou de tout autre corps étranger.

L'augmentation du volume qui manque rarement est un symptôme qui s'explique: 1° par le défaut de régression atrophique de l'organe; 2° par la présence du placenta dans l'utérus; 3° par le travail inflammatoire chronique qu'il y détermine.

Avec cette augmentation de volume, on a constaté quelquefois, causés par cette hypertrophie, ou coïncidant avec elle, des symptômes d'irritation de voisinage du côté du rectum et de la vessie : diarrhées, mictions répétées et douloureuses; des troubles nerveux de nature réflexe du côté du tube digestif: dyspepsies, inappétence, augmentant encore la faiblesse générale par défaut de nutrition; des coliques, des douleurs s'irradiant du côté des lombes, du sacrum, des membres inférieurs; des crises hystériformes, des sensations locales de pesanteur, des douleurs exagérées par la pression ou par la marche. Le col peut aussi être fongueux, saignant, plus ou moins dilaté.

Tous ces symptômes fonctionnels, tous ces signes physiques que nous venons de passer en revue, et que l'on peut observer dans la rétention prolongée du placenta, sont com-

(1) Guéniot, *loc. cit.*
(2) *Traité d'accouchement*, p. 620.
(3) *Bulletin de la Société anatomique*, t. xx, p. 72.

muns à d'autres affections. Et pour la même affection, ils peuvent manquer, se présenter isolément ou varier d'intensité.

Si ces symptômes indiquent qu'il y a affection utérine, ils ne font connaître en aucune façon la nature de la lésion en présence de laquelle on se trouve. Ils sont en effet communs à la rétention prolongée du placenta, au fibrome, au polype, au carcinome, aux granulations ; il est donc nécessaire de faire le diagnostic différentiel de ces lésions et de la rétention prolongée du placenta. Puisque ces symptômes ne sont pas caractéristiques, il faut s'appuyer sur d'autres considérations, d'autres éléments de diagnostic. Parmi ceux-ci nous placerons en première ligne les commémoratifs. Il est évident que s'il y a eu antérieurement accouchement à terme ou avortement, si le délivre n'a pas suivi l'expulsion de l'enfant ou du fœtus, l'idée de polype, de carcinome, etc., se trouvera naturellement écartée. Mais les commémoratifs feront souvent défaut, on se trouvera en présence de femmes insouciantes qui ne se seront même pas rendu compte de leur grossesse, ou qui voulant cacher un avortement, si elles ont eu des coliques, des tranchées utérines, les attribueront à des troubles intestinaux, par ignorance ou pour égarer le jugement du médecin. Les granulations ne pourront rendre le diagnostic longtemps obscur; l'examen direct permettra en effet de constater l'existence ou l'absence de ces lésions; il en est de même de la métrorrhagie idiopathique, celle-ci étant très rare (Courty) et le cathéter introduit dans l'utérus permettant de constater l'état de vacuité de ce dernier. Le diagnostic différentiel du cancer de l'utérus et de la rétention prolongée du placenta sera fondé sur l'âge de la malade, l'hérédité diathésique, l'odeur de l'écoulement, le siège de la lésion, la présence ou l'absence de douleurs spontanées, l'évolution de la tumeur, l'état général. On ne confondra pas l'état d'anémie profonde causée par les pertes sanguines

abondantes qu'a éprouvées la malade avec la teinte jaune-paille caractéristique de la cachexie cancéreuse.

On arrive ainsi par exclusion à limiter le diagnostic: est-ce un placenta, un polype?

Grâce à l'exploration directe de la tumeur par le toucher immédiat ou à son défaut par le toucher médiat au moyen de la sonde de Simpson, grâce aussi à l'anatomie pathologique, nous pouvons acquérir des notions nouvelles et presque pathognomoniques.

Avec le toucher immédiat, que l'exploration par la sonde ne peut complètement remplacer, car elle donne des renseignements beaucoup moins nets et plus difficiles à obtenir, on peut se rendre compte du siège de la tumeur, si elle est pédiculisée ou sessile, lisse ou rugueuse à sa surface, unie ou polylobulée, petite ou volumineuse, dure ou molle, avec ou sans expansions.

Le polype est plus lisse, plus mou, pédiculisé ou du moins plus en relief; le placenta plus rugueux, plus dur, sans sinus interposé entre lui et la surface utérine. Si on ajoute à ces renseignements les considérations tirées du début et de la marche de la maladie, de l'âge de la malade, on se rapprochera beaucoup du diagnostic. Si c'est un polype, la malade est assez avancée en âge; le début de la maladie est moins soudain, la marche moins rapide.

Nos connaissances actuelles en anatomie pathologique nous permettent en effet de confirmer les notions déjà acquises et de les préciser davantage par le procédé de Munde de New-York (1). Ce moyen d'investigation consiste dans le curage, le râclage de la tumeur et l'examen microscopique des débris ramenés. Ces débris contiennent des éléments anatomiques

(1) *Archives de tocologie de Depaul*, 1882.

caractéristiques du tissu placentaire ou d'une tumeur (fibrome, polype).

Le diagnostic différentiel a une très grande importance au point de vue médico-légal; on peut se trouver en présence d'une tumeur expulsée par une femme soupçonnée d'avortement; l'examen histologique permet d'éclaircir les doutes.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la rétention prolongée du placenta ne comporte pas de longs développements et peut se résumer en quelques mots. Il est plus ou moins grave, suivant la présence ou l'absence de certains phénomènes dont nous allons parler.

L'intégrité des connexions vasculaires du placenta à l'utérus maintient la vie dans la plupart des cas et explique l'innocuité de la rétention prolongée. Et tant que les adhérences ne sont pas détruites et que les vaisseaux inter-utéro-placentaires ne sont pas déchirés, il y aura absence d'hémorrhagie.

Il n'y a pas imminence de danger si les faits se présentent ainsi. Mais il n'en est pas toujours de même. Le médecin se trouve le plus souvent en présence de cas de rétention accompagnée d'hémorrhagies répétées, de résorption purulente, etc., tous ces symptômes constituent de graves dangers et souvent mettent en péril la vie de la malade.

Il nous arrivera encore d'avoir affaire à des sujets présentant des hémorrhagies qui ne sont ni trop fréquentes, ni trop abondantes, à des malades offrant des symptômes d'anémie, conséquence de ces pertes sanguines, de symptômes de septicémie, de leucorrhées continuelles, persistantes. Quel sera notre pronostic dans ce cas? Nous le subordonnerons toujours au plus ou moins de gravité des phénomènes que nous venons d'énumérer. Nous nous laisserons guider par l'ensemble des symptômes observés. Il sera favorable, si leur marche est bénigne, défavorable, s'ils augmentent d'intensité.

En résumé, peu de danger ou du moins pas de danger immédiat, s'il y a intégrité des connexions vasculaires du placenta à l'utérus, et par suite, absence d'hémorrhagie et de septicémie; dans le cas contraire, danger réel et imminent.

TRAITEMENT.

Nous avons vu dans la symptomatologie les dangers que présente la rétention prolongée du placenta. Tous les auteurs le reconnaissent, mais le traitement qu'ils indiquent est variable. Les uns proposent d'intervenir, les autres laissent à la nature le soin d'expulser le délivre. Les auteurs anciens étaient volontiers partisans de l'expectation. Ils pensaient que les accidents pouvant résulter du séjour de l'arrière-faix dans la matrice, étaient moins à craindre que les manœuvres forcées qu'on devait faire pour l'extraire. C'est ainsi que Ruysch prétend qu'il n'a jamais vu, dans une carrière médicale de 50 ans, d'accidents du fait de la rétention prolongée, parce que, dit-il, «la nature a toujours fait les frais de la délivrance après plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois. » Capuron se fie à la nature qui, à son avis, « agit avec plus de douceur et de modération que la main la plus habile.» Plus près de nous, Moreau explique un de ses succès par ces mots « j'ai su attendre. »

Certains auteurs, au contraire, trouvent dans le moindre symptôme prétexte à l'intervention.

Nous pensons qu'il ne faut pas ériger en système l'expectation ou la non-intervention, et que la conduite du praticien doit se guider sur la nature et la gravité des accidents. L'expectation peut avoir des résultats excellents, dans des conditions déterminées, alors qu'il n'y a ni hémorrhagies graves, ni menace de septicémie.

Mais s'il survient des hémorrhagies plus ou moins fréquentes, plus ou moins abondantes, ou si des accidents de

putridité apparaissent, faut-il donc encore temporiser et abandonner l'expulsion du placenta à la nature? Ne faut-il pas plutôt user de violence et pénétrer dans la cavité utérine, même au prix de quelque déchirure? Ici, l'indication est précise, le danger est imminent, il faut nécessairement agir et agir vite, car nous ne pouvons plus aujourd'hui, comme le faisait Ambroise Paré, « laisser la malade au bénéfice de la nature et recommander son âme à Dieu. »

Mais quel doit être le mode d'intervention? Certains auteurs et à des époques diverses ont préconisé l'extraction manuelle (Mauriceau, M^me^ Lachapelle, Spondly, Guéniot, Ramsbotham, etc.) D'autres tels que Pasta, Baudelocque, etc., préfèrent se servir d'instruments. De l'avis du plus grand nombre, l'extraction manuelle est préférable. Ce n'est que quand elle a échoué, quand les doigts n'auront pu rompre les adhérences trop solides, qu'on doit avoir recours à l'emploi des instruments.

L'opération consiste d'abord à dilater le col, car, dans ces cas de rétention prolongée, il s'est complètement reformé et ne permet plus par conséquent ni l'introduction des doigts ni celle des instruments. Cette dilatation se fera au moyen de tentes-éponges (ce que préfère Simpson), et dont l'application, dit Chantreuil, n'est ni douloureuse, ni difficile. Elle se fera encore au moyen de tiges de laminaire, des dilatateurs intra-utérins de Tarnier, de Barnes, etc. L'incision du col sera quelquefois nécessaire.

Si l'on préfère, on peut amener l'utérus à la vulve, ce qui ne présente pas de difficultés, si on se rappelle que « le peu de tension et l'extensibilité de ses liens lui permettent de flotter, pour ainsi dire (1), dans la cavité du bassin, et de se mouvoir plus ou moins.» Mais beaucoup d'accoucheurs préfèrent

(1) Cruveilhier *Traité d'Anatomie.*

introduire leur main disposée en cône dans l'utérus à travers le vagin (Guéniot, Spondly, etc.)

Huter fait fixer l'utérus par un aide, il applique une de ses mains au dehors sur le point correspondant à l'insertion placentaire. Il introduit deux doigts de l'autre main dans la matrice et détache le placenta en écrasant les cotylédons contre la paroi utérine ainsi soutenue. Les débris de ces cotylédons sont ensuite expulsés au moyen d'injections d'eau froide. Il recommence la même opération jusqu'à ce que son doigt ne trouve plus d'inégalités sur la surface utérine.

Ce procédé de broiement des cotylédons n'est guère adopté en France, où l'on est moins audacieux, ainsi que le fait observer Charpentier. On préfère décoller le placenta avec la main, lentement et doucement, de peur de déchirer l'utérus, comme cela arriva à Leroux (1) (de Dijon), puis on retire soigneusement les débris placentaires, les caillots sanguins, soit en les entraînant par des injections détersives qui ont, du reste, un autre but.

La curette de Récamier et celle de Pajot peuvent alors rendre des services. Et alors même qu'il n'y a pas hémorrhagie, dès que l'utérus est vide, il faut donner l'ergot de seigle à dose qui doit varier avec le volume actuel de l'utérus, son degré de contractilité et la quantité des pertes sanguines subies par la malade.

Si les doigts sont impuissants à décoller le placenta, que les adhérences soient trop fortes, on se sert de pinces à mors et joints solides, de la pince à faux germes de Levret, de l'écraseur à fil métallique de Barnes, etc.

Dans certains cas (observation de Duguet), l'administration du seigle ergoté a suffi à faire expulser le délivre.

L'opération terminée, il reste encore à combattre les symp-

(1) Cazeaux, *Traité d'accouchements*.

tômes d'anémie qu'avaient produites les métrorrhagies antérieures à l'opération et les hémorrhagies consécutives. Les analeptiques, le fer, le quinquina et un régime tonique rempliront le but.

Les hémorrhagies seront combattues par les réfrigérants, les acides, les astringents, le seigle ergoté, le tamponnement, que l'on fera surtout par la méthode indiquée par M. le professeur Pajot.

CONCLUSIONS.

Il résulte de notre étude :

1° Que quelquefois, bien que les cas soient rares, le placenta peut rester longtemps dans l'utérus après l'expulsion de l'embryon ou du fœtus. Ce fait n'est compréhensible qu'autant que le délivre reste adhérent aux parois de l'utérus et en communication vasculaire avec lui. Demeurant ainsi partie intégrante de cet organe, on conçoit qu'il reste dans un état parfait de conservation.

2° Que les causes de cette rétention prolongée, non encore complètement connues, peuvent cependant avoir une explication rationnelle dans les théories de Robin (sclérose des villosités choriales) et dans la théorie de l'inflammation.

3° Que le diagnostic est difficile à porter parce que ses symptômes sont communs à d'autres affections utérines.

4° Que l'intervention chirurgicale sera nécessaire si les symptômes sont alarmants et qu'il faudra alors agir vis à vis du placenta comme on agirait à l'endroit d'un polype utérin sous-muqueux, par exemple.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
JAUMES.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude de la rétention prolongée du placenta.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !